



Ospedale
San Camillo - Trento

SCHEMA AUTO ANAMNESI

Alternativa o integrativa alla scheda di accesso del Medico di
MG

CODICE	MOAD_713	Cognome: _____ Nome: _____ data nascita: ___ / ___ / ___
REVISIONE	1	
DATA	30/03/2022	
PAGINA	1 di 1	

Il/la sottoscritto/a Dichiaro:

Terapia assunta (nome farmaco, dosaggio e orari di somministrazione)

Allega eventuale elettrocardiogramma (ECG) eseguito negli ultimi 6 mesi

Malattie / patologie rilevanti:

- ALLERGIE NO SI

- Cardiologiche NO SI Ipertensione Infarto (anno _____)
Scompenso

Altro

- Respiratorie NO SI Asma Bronchite cronica/BPCO
Enfisema

Altro

- Precedenti accertamenti cardiologici o ricoveri: _____

- Altro: _____

Problemi con precedenti anestesie: NO SI

Note:

data ___/___/___

Firma

Genitore (G), tutore (T), interprete (I):

_____ (___)

Firma

_____ (___)

Firma

**Per interventi chirurgici CONSEGNARE/INVIARE alla segreteria dell'U.O. Area
Chirurgica almeno 15 giorni prima del ricovero
(areachirurgicasegr.tn@figliesancamillo.it)**